

---

## S 4 KR 1328/18

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	5
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Zum Ausschluss der Auffangpflichtversicherung nach <a href="#">§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V</a> bei in Deutschland fortbestehender Versicherung bei der US- amerikanischen Krankenversicherungsgesellschaft GEHA Inc. SGB 5 <a href="#">§ 5 Abs 1 Nr 13</a>
Normenkette	

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 4 KR 1328/18
Datum	18.01.2019

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 661/19
Datum	14.08.2020

#### 3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung der KlÄgerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 18.01.2019 wird zurÄckgewiesen.

AuÄrgergerichtliche Kosten sind auch fÄr das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die KlÄgerin begehrt die Feststellung ihrer Versicherungspflicht bei den Beklagten.

Die im Jahr 1942 geborene KlÄgerin war vom 03.04.1956 â 31.01.1958, vom 16.03.1959 â 09.03.1961 und zuletzt vom 13.03. â 05.04.1961 aufgrund einer versicherungspflichtigen BeschÄftigung bei der Beklagten zu 1) pflichtversichert.

---

Sodann wanderte sie gemeinsam mit ihrem Ehegatten in die Vereinigten Staaten von Amerika aus, wo sie, auch nach ihrer Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1999, bei der Versicherungsgesellschaft GEHA Inc. (Government Employees Health Association) versichert gewesen ist.

Die Klägerin, die zwar am 13.04.2015 einen Antrag auf Altersrente gestellt hat, jedoch nicht in der Krankenversicherung der Rentner versichert ist, beantragte am 09.10.2017 unter Hinweis auf ihre letzten Beschäftigungsverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland, wieder Mitglied bei der Beklagten zu 1) werden zu können. Sie sei zur Zeit noch bei der GEHA versichert.

Mit Bescheid vom 17.11.2017 lehnten die Beklagten die Aufnahme der Klägerin ab. Sie, die Klägerin, sei zuletzt in Amerika privat krankenversichert gewesen, sie verfüge somit über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, weswegen eine Versicherung bei ihnen nicht möglich sei.

Hiergegen erhob die Klägerin mit Schreiben vom 15.12.2017, das am 27.12.2017 bei der Beklagten zu 1) eingegangen ist, Widerspruch, mit dem sie vorbrachte, sie sei bei der GEHA Inc. über ihren Ehegatten mit- bzw. familienversichert. Bei der GEHA Inc. handele es sich nicht um eine Privatversicherung im deutschen Sinne, denn dies erfordere, dass jede Person einzeln versichert sei. Die Sozial- und Gesundheitssysteme in Deutschland und den USA seien insofern nicht miteinander vergleichbar. Die Abwicklung ihrer derzeitigen Versicherung erfordere, dass sie alle Rezepte, Rechnungen, Verordnungen und sonstige Unterlagen vor der Einreichung ins Englische übersetzen lassen müsse, was dazu führe, dass sie i.d.R. mehrere Wochen auf Zahlungen warten müsse, wodurch es zu Konflikten mit den behandelnden Ärzten gekommen sei. Der zuständige Bundesverband der Beklagten habe veröffentlicht, dass, wer vor der Auswanderung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung abgesichert gewesen sei, grundsätzlich das Recht habe, wieder bei der bisherigen Krankenkasse einzutreten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11.04.2018, der ausdrücklich auch im Namen der Beklagten zu 2) erging, wies die Beklagte zu 1) den Widerspruch der Klägerin zurück. Sie führte hierzu begründend aus, nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) seien Personen versicherungspflichtig, die nicht über einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall verfügten und zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen seien oder bisher nicht gesetzlich oder privat versichert gewesen seien. Hierbei seien, so die Beklagte zu 1) unter Hinweis auf die Gesetzesbegründung, Personen, die nicht privat krankenversichert seien, als solche ohne anderweitige Absicherung anzusehen. Die Klägerin verfüge über Krankenversicherungsschutz bei der GEHA Inc., die, entgegen der Einschätzung der Klägerin, als private Krankenversicherung anzusehen sei, weswegen ein anderweitiger Krankenversicherungsschutz bestehe und eine Mitgliedschaft nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) nicht möglich sei. Dies werde auch dadurch bestätigt, dass die Klägerin bereits im Jahr 1999 wieder in die Bundesrepublik Deutschland zurückgekehrt sei, und sodann für mehr als 15 Jahre den Schutz der GEHA Inc. in Anspruch genommen habe.

---

Hiergegen hat die KlÄgerin am 14.05.2018 Klage beim Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben. Zu deren BegrÄndung hat sie vorgetragen, sie sei in der Bundesrepublik Deutschland zuletzt bei der Beklagten zu 1) krankenversichert gewesen. Nach ihrer Heirat und dem Umzug in die Vereinigten Staaten, wo sie nicht erwerbstÄtig gewesen sei, sondern ihre drei Kinder erzogen habe, sei eine Weiterversicherung bei der Beklagten zu 1) nicht mÄglich gewesen. Sie sei deswegen bei GEHA Inc. versichert. Dieses Unternehmen, bei dem sie unverÄndert versichert sei, sei keine private Krankenversicherung, sie sei daher nicht anderweitig abgesichert. Sie habe sich bereits im Jahr 2004 bei der Beklagten zu 1) nach einer AufnahmemÄglichkeit erkundigt, wobei ihr gesagt worden sei, eine Aufnahme sei nicht mÄglich. Eine solche sei erst im Zuge einer GesetzesÄnderung zum 01.04.2007 mÄglich geworden, wovon sie erst im Jahr 2017 Kenntnis erlangt habe. Sie, die KlÄgerin, leide an einer Maculopathie am linken Auge, die sie regelmÄÃig mit Lucentis-Injektionen behandeln lassen mÄsse, die pro Spritze 1.200,- EUR kosteten. Hierauf habe sie bei ihrer derzeitigen Versicherung einen Eigenanteil von 150,- EUR zu tragen. Bei einer Versicherung durch die Beklagte zu 1) beliefe sich der Eigenanteil hingegen auf lediglich 10,- EUR.

Die Beklagte zu 1) ist der Klage unter Verweis auf den Widerspruchsbescheid vom 14.05.2018 entgegengetreten.

Mit Gerichtsbescheid vom 18.01.2019 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur BegrÄndung seiner Entscheidung hat es ausgefÄhrt, die KlÄgerin sei nicht nach [Ä 5 Abs. 1 SGB V](#) pflichtversichert. Eine Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner ([Ä 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#)) scheidet aus, weil die KlÄgerin nicht mindestens 9/10 der zweiten HÄlfte des Zeitraums von der Aufnahme einer ErwerbstÄtigkeit bis zur Stellung eines Rentenanspruches Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung gewesen sei. Eine Mitgliedschaft folge auch nicht aus [Ä 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) und der dortigen Auffangversicherung. Hierunter fielen nur Personen, die u.a. Äber keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall verfÄgten, wobei nach [Ä 5 Abs. 8a SGB V](#) ausgenommen sei, wer nach Abs. 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach [Ä 10 SGB V](#) versichert sei. Die nach [Ä 6 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) bestehende Versicherungsfreiheit fÄr Personen, die nach dem 55. Lebensjahr versicherungspflichtig werden, gelte nicht fÄr die Versicherungspflicht nach [Ä 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ([Ä 6 Abs. 3a Satz 4 SGB V](#)). Zwar sei die KlÄgerin, entgegen der EinschÄtzung der Beklagten im System der Abgrenzung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung, nicht der privaten Krankenversicherung zuzuzÄhlen, da die Abgrenzung an den zuletzt, d.h. vor dem Zustand der Nichtabsicherung anknÄpfen, innegehabten Versicherungsschutz anknÄpfen und die KlÄgerin zuletzt vor ihrem Wegzug in die USA â bei der Beklagten â gesetzlich krankenversichert gewesen sei. Indes verfÄge die KlÄgerin mit dem Schutz der GEHA Inc. Äber einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall i.S.d. [Ä 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Eine die Auffangpflichtversicherung ausschlieÃende anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bestehe auch bei im Inland realisierbaren LeistungsansprÄchen gegen ein auslÄndisches Sicherungssystem, das im Wesentlichen den Mindestanforderungen an eine

---

Absicherung in der deutschen privaten Krankenversicherung entspreche. Die KlÄgerin habe nach ihrem Vorbringen bisher alle Rechnungen, die ihr f¼r ihre Krankenbehandlung angefallen seien, ¼ber die GEHA Inc. abgerechnet. Weder die vorgebrachte zeitlich verzgerte Abrechnung, noch die Eigenbeteiligung st¼nden der Annahme einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall entgegen. Dies gr¼nde bereits darin, dass auch bei privaten Krankenkassen, die einen Vollkrankenschutz anb¼tten, je nach Tarif, Selbstbeteiligungen m¼glich seien, ohne dass dies an dem Status einer Vollversicherung etwas ¼ndere. I.d.S habe das Landessozialgericht Sachsen-Anhalt (Urteil vom 19.05.2011 â L 10 KR 39/10 -, in juris) entschieden, dass eine Belastung mit Selbstbeteiligungen von 3.000,- EUR im Jahr nicht gegen eine anderweitige gleichwertige Absicherung im Krankheitsfall spreche. ¼berdies sei f¼r die Annahme einer "anderweitige Absicherung im Krankheitsfall" nicht erforderlich, dass eine genau dem deutschen System entsprechende Absicherung bestehe, insb. sei eine Absicherung auf dem Niveau des Basistarifs nicht erforderlich, solange im Wesentlichen die Mindestanforderungen an eine private Absicherung erf¼llt seien. Dass dies im Falle der Absicherung bei der GEHA Inc. nicht der Fall sei, sei nicht ersichtlich. Vielmehr erbringe diese der KlÄgerin seit deren R¼ckkehr in die Bundesrepublik im Jahr 1999 Leistungen im Krankheitsfall, ohne dass bestimmte Leistungsbereiche wie die ambulante oder station¼re Krankenbehandlung oder die Arzneimittelversorgung ausgeschlossen w¼ren. Dementsprechend f¼hre die KlÄgerin im Wesentlichen den erheblichen Abrechnungsaufwand an. Ob die Versicherung bei der GEHA Inc. eine eigenst¼ndige Versicherung sei oder eine solche, die ¼ber ihren Ehegatten abgeleitet sei, sei nicht mageblich.

Gegen den ihr am 29.01.2019 zugestellten Gerichtsbescheid hat die KlÄgerin am 26.02.2019 Berufung beim Landessozialgericht Baden-W¼rttemberg eingelegt. Zu deren Begr¼ndung bringt sie vor, ihre Versicherung bei der GEHA Inc. erf¼lle nicht die Mindestanforderungen, die, nach dem Urteil des LSG Sachsen-Anhalt (a.a.O.), auf das das SG Bezug nehme, an eine private Absicherung zu stellen seien. So belaufe sich ihr Eigenanteil f¼r die monatliche Behandlung der bei ihr bestehenden Makuladegeneration auf 450,- EUR pro Injektion; im Falle einer Versicherung bei der Beklagten fielen lediglich 10,- EUR Eigenanteil an. Allein die hierdurch bedingte Belastung i.H.v. 5.400,- EUR j¼hrlich ¼bersteige die vom LSG Sachsen-Anhalt angenommene Grenze von 3.000,- EUR. ¼berdies umfasse ihre Versicherung bei der GEHA Inc. bestimmte Leistungen nicht, bspw. die der Haushaltshilfe, h¼usliche Krankenpflege, Kur- und Rehabilitationsmanahmen, alternative Heilmethoden und Krebsfr¼huntersuchungen. Eine Bekannte von ihr, die gleichfalls aus den Vereinigten Staaten nach Deutschland zur¼ckgekehrt sei, sei von der Beklagten aufgenommen worden. Auf Anforderung des Senats hat die KlÄgerin den ihrer Versicherung bei der GEHA Inc. zu Grunde liegenden Leistungsplan vorgelegt, der sodann einer ¼bersetzung zugef¼hrt worden ist und hinsichtlich dessen Inhalts auf Bl. 38 â 111 bzw. auf Bl. 119 â 195 sowie auf Bl. 208 â 214 bzw. auf Bl. 218 â 224 der (elektronischen) Senatsakte verwiesen wird. Zuletzt hat die KlÄgerin noch vorgetragen, dass sie R¼cksprache mit ihrer amerikanischen Krankenversicherungsgesellschaft genommen habe und diese seither richtig abrechne, weswegen sich die von ihr zu zahlenden Eigenanteile verringert h¼tten. Dies hat sie zuletzt dahingehend konkretisiert, dass der aktuell

---

von ihr zu tragende Eigenanteil bei der GEHA Inc. 229,61 US-\$ monatlich betrage und seitens der GEHA Inc. im August 2019 eine Ausgleichszahlung i.H.v. 12.687,97 EUR geleistet worden sei.

Die KlÄgerin beantragt â sachgerecht gefasst -,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 18.01.2019 aufzuheben und unter Aufhebung des Bescheides vom 17.11.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.04.2018 festzustellen, dass sie seit 09.10.2017 versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten ist.

Die Beklagten beantragen,

die Berufung zurÄckzuweisen.

Zur BegrÄndung ihres Antrages verweisen sie auf die aus ihrer Sicht zutreffenden AusfÄhrungen des SG im angefochtenen Gerichtsbescheid und tragen ergÄnzend vor, dem klÄgerischen Begehren stehe auch [Â§ 6 Abs. 3a SGB V](#) entgegen, da sie zum Zeitpunkt der EinfÄhrung des [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) am 01.04.2007 bereits das 65. Lebensjahr vollendet gehabt habe. Bei der von der KlÄgerin angefÄhrten Bekannten sei, anders als bei der KlÄgerin, nach der RÄckkehr noch eine Mitgliedschaftszeit wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II zu verzeichnen, weswegen sodann eine Mitgliedschaft nach [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) zustande gekommen sei. Aus dem vorgelegten Leistungsplan werde eindeutig ersichtlich, dass es sich bei dem Tarif der KlÄgerin ("311 High Option") um einen anderweitigen (vollwertigen) Versicherungsschutz handele. So seien die zu leistenden Selbstbeteiligungen so gering, dass diese im Hinblick auf eine ausreichende anderweitige Absicherung zu vernachlÄssigen seien.

Die Beklagte zu 1) hat zuletzt mit Schreiben vom 20.03.2020, die KlÄgerin mit solchem vom 13.05.2020 und die Beklagte zu 2) mit Schreiben vom 25.06.2020 das EinverstÄndnis mit einer Entscheidung des Senats ohne mÄndliche Verhandlung erklÄrt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakten beider RechtszÄge sowie die bei der Beklagten zu 1) gefÄhrte Leistungsakte, die Gegenstand der Entscheidungsfindung geworden sind, verwiesen.

EntscheidungsgrÄnde:

Die form- und fristgerecht (vgl. [Â§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz [SGG]) eingelegte Berufung der KlÄgerin, Äber die der Senat nach dem erteilten EinverstÄndnis der Beteiligten ohne mÄndliche Verhandlung entscheidet ([Â§Â§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#)), ist statthaft (vgl. [Â§ 143 Abs. 1 SGG](#)) und auch im Äbrigen zulÄssig.

Das Begehren der KlÄgerin ist im Rahmen des [Â§ 123 SGG](#) sachgerecht als

---

Anfechtungs- und Feststellungsklage auszulegen, da die Versicherungspflicht nach [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) unabhängig von einem Beitritt kraft Gesetzes besteht (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 12.01.2011 – [B 12 KR 11/09 R](#) –, in juris, dort Rn. 10). Da die Klägerin sowohl die Versicherungspflicht zur Kranken- und zur Pflegeversicherung begehrt, richtet sich Klage und Berufung auch gegen die bei der Beklagten zu 1) errichtete Pflegekasse (Beklagte zu 2)); das Rubrum ist (nur) entsprechend zu berichtigen (Senatsurteil vom 23.09.2015, – [L 5 KR 127/15](#) –, nicht veröffentlicht). Auf Grund der Antragstellung der Klägerin am 09.10.2017 begehrt sie die Feststellung ab diesem Zeitpunkt.

Die Berufung führt jedoch nicht die Klägerin inhaltlich nicht zum Erfolg. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid der Beklagten ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin ist nicht gesetzlich krankenversichert und somit nicht Pflichtmitglied der von ihr gemäss [Â§ 174 Abs. 5, 173 Abs. 1 SGB V](#) gewählten Krankenkasse, hier der Beklagten zu 1).

Die Klägerin ist nicht gemäss [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 SGB V](#) pflichtversichert; insb. erfüllt sie nicht die Voraussetzungen des [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V](#), da sie nicht mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums zwischen der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und der Stellung eines Rentenanspruches Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung gewesen ist, da sie bereits in der 60er Jahren die Bundesrepublik Deutschland verlassen hat und seitdem nicht mehr in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert gewesen ist.

Die Klägerin ist ferner weder freiwillig gesetzlich versichert ([Â§ 9 SGB V](#)) noch familienversichert ([Â§ 10 SGB V](#)).

Die Klägerin ist auch nicht über die Auffangversicherung des [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) gesetzlich krankenversichert. Nach dieser Vorschrift (eingeführt mit Wirkung zum 01.04.2007 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes [GKV-WSG] vom 26.03.2007 [[BGBl. I S.378](#)]) sind Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren (Buchst. a) oder die bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in [Â§ 6 Abs. 1](#) oder [2](#) genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten (Buchst. b). Nach der Intention des Gesetzgebers soll mit dieser Regelung erreicht werden, dass es für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall einen entsprechenden Versicherungsschutz gibt ([BT-Drs. 16/3100](#) S.86, 94).

Zu den anderweitigen Ansprüchen auf Absicherung im Krankheitsfall i.S.d. [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) zählen auch Leistungsansprüche gegen ausländische Krankenversicherungen. Dies folgt aus einer an Systematik und Regelungszweck orientierten Auslegung, die durch die Gesetzesmaterialien bestätigt wird. Die anderweitige Absicherung muss dabei kein dem Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechendes Sicherungsniveau gewährleisten. An eine "anderweitige Absicherung" i.S.d. [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#)

---

sind vielmehr keine höheren Anforderungen zu stellen, als an die Erfüllung der Versicherungspflicht nach [Â§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) Versicherungsvertragsgesetz (VVG; so ausdrücklich BSG, Urteil vom 20.03.2013 – [B 12 KR 14/11 R](#) –, in juris, dort Rn. 13 ff.). Nach dieser Regelung besteht für jede Person mit Wohnsitz im Inland die Verpflichtung, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen und aufrechtzuerhalten, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die tariflich vorgesehenen Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000,- EUR begrenzt ist. Mithin ist es erforderlich, aber auch ausreichend, dass die Versicherung unter Einhaltung bestimmter Selbstbeteiligungsgrenzen ambulante und stationäre Heilbehandlung abdeckt (BSG, Urteil vom 20.03.2013 a.a.O., Rn. 18).

Durch die Versicherung über die GEHA Inc. werden die Mindestanforderungen nach [Â§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) erfüllt, weswegen die Klägerin mit dieser Versicherung über einen die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließenden anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall i.S.d. [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) verfügt. Die Versicherung der Klägerin bei der GEHA Inc. deckt nach dem in deutscher Übersetzung vorliegenden Leistungsplan u.a. die Kosten für ambulante und stationäre Krankenbehandlungen wie aus Abschnitt 5 des Leistungsplans (medizinische Versorgung durch Ärzte) bzw. Abschnitt 5c (stationäre Krankenhausaufnahme und Dienstleistungen eines Krankenhauses) ersichtlich wird, umfassend ab. Auch die von der Klägerin zu tragende Kostenbeteiligung, worunter nach Abschnitt 4 des Vertrags Auslagen der Klägerin aus eigener Tasche (beispielsweise Eigenanteile, Selbstbeteiligungen und Selbstbehalte) zu verstehen sind, ist bei der Inanspruchnahme bevorzugter Leistungserbringer, d.h. solcher, die zugestimmt haben, die Kosten, die sie in Rechnung stellen, zu begrenzen, im von der Klägerin gewählten Tarif auf maximal 5.000,- US-\$ jährlich, d.h. umgerechnet (Kurs am 31.07.2020: 1 US-\$ = 0,8401 EUR) 4.210,52 EUR jährlich begrenzt, aktuell beläuft sich die tatsächliche Zuzahlung der Klägerin nach deren letztem Vorbringen auf 229,61 US-\$ monatlich, d.h. umgerechnet 2.320,32 EUR jährlich. Damit überschreitet die Kostenbeteiligung den noch statthaften Höchstbetrag von 5.000,- EUR nicht. Soweit die Klägerin vorbringt, die Versicherung bei der GEHA Inc. decke insbesondere Leistungen der Haushaltshilfe, der häuslichen Krankenpflege, Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen, osteopathische Leistungen, Gehhilfen, Akupunkturleistungen, alternative Heilmethoden, Naturheilverfahren sowie Haut- und Darmkrebsfrüherkennung nicht ab (Schriftsatz vom 03.04.2019), weswegen kein anderweitiger Versicherungsschutz i.S.d. [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) anzunehmen sei, sind diese Leistungen für die Erfüllung der Mindestanforderungen nach [Â§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) nicht erforderlich.

Das nach [Â§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG](#) maßgebliche Mindestsicherungs niveau wird auch nicht dadurch unterschritten, dass die Klägerin durch GEHA Inc. keinen Schutz gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit erhält. Denn die in [Â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) allein geregelte Versicherungspflicht in der gesetzlichen

---

Krankenversicherung verlangt nur einen fehlenden anderweitigen Anspruch auf Absicherung "im Krankheitsfall". Die Absicherung im Pflegefall und darauf bezogene Leistungen der Pflegeversicherung fallen nicht hierunter; vielmehr sieht der Gesetzgeber hierfür eine verselbstständigte Pflegeversicherungspflicht vor, die [â§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI](#) erst eingreift, wenn [â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) insoweit vorgreiflich [â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) eine Versicherungspflicht in der GKV besteht.

Die Klägerin verfügt mithin über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, weswegen eine Mitgliedschaft in der Auffangversicherung des [â§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ausscheidet.

Die Klägerin ist mithin nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, weswegen auch eine Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung nicht besteht (vgl. [â§ 20 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 12 SGB XI](#)).

Der Bescheid der Beklagten zu 1) vom 17.11.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.04.2018 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten; die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des SG vom 18.01.2019 ist zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [â§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision ([â§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Erstellt am: 08.09.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024